

УДК 616.34–007.272–085–089.168:616.36–008.3/5

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТІОПОЕТИНІВ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ ПРИ ПОРУШЕННІ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ

*В. Є. Вансович, В. Ю. Ільїна—Стогнієнко**Одеський національний медичний університет*

EFFICACY OF APPLICATION OF THIOPROETINES IN COMPLEX OF TREATMENT OF AN ACUTE ADHESIVE ILEUS IN PATIENTS WITH HEPATIC FUNCTION DISORDER

V. E. Vansovich, V. Yu. Ilyina—Stogniyenko

РЕФЕРАТ

Вивчені особливості перебігу гострої спайкової непрохідності кишечника (ГСНК) у пацієнтів при порушенні функції печінки, запропоновані доповнення до схеми консервативного лікування. Встановлено, що при порушенні функції печінки у пацієнтів спостерігають вірогідно більшу частоту рецидивів спайкової хвороби після оперативного втручання з приводу ГСНК. Частота рецидивів спайкової хвороби не залежить від виду оперативного доступу. Застосування препаратів групи тіопоетинів та гепатопротекторів під час лікування ГСНК сприяло зменшенню частоти рецидивів спайкової хвороби очередини у строки спостереження до 3 років після оперативного втручання.

Ключові слова: непрохідність кишечника; спайкова хвороба; порушення функції печінки; лікування.

SUMMARY

The peculiarities of an acute adhesive ileus (AAI) course in patients, suffering hepatic function disorder (HFD), were studied up, the additions to the conservative treatment scheme were proposed. There was established, that while HFD presence in the patients the trustworthy enhanced recurrence rate of adhesive disease is observed after operations, performed for AAI. The adhesive disease recurrence rate do not depend on the surgical access kind. Application of preparations, related to thiopoeitins group and hepatoprotectors, while AAI treatment conduction, have promoted reduction of the peritoneal adhesive disease recurrence rate in terms of the three years postoperative follow-up.

Key words: ileus; adhesive disease; hepatic function disorder; treatment.

Гостра спайкова непрохідність кишечника (ГСНК) є одним з найбільш небезпечних ускладнень спайкової хвороби [1], її частота в структурі інших видів непрохідності кишечника постійно збільшується і становить від 71,8 до 91,1% [2, 3]. ГСНК супроводжується високою летальністю — від 10 до 50% [4, 5].

Основними напрямками розробки методів профілактики спайкової хвороби є зменшення травмизації очередини, вираженості запальної реакції в зоні операції, вірогідності випадіння фібрину в черевній порожнині, відмежування пошкоджених серозних поверхонь [6]. Проте, жоден з запропонованих профілактичних методів не є універсальним і не дозволяє остаточно розв'язати проблему виникнення і прогресування надмірного спайкоутворення у черевній порожнині.

Ускладнює розробку ефективних методів профілактики та лікування спайкової хвороби наявність інших захворювань органів черевної порожнини, зокрема, гепатиту, при виникненні, перебігу чи рецидуванні спайкового процесу [7].

В той же час, дані про клінічний перебіг ГСНК у пацієнтів при порушенні функції печінки, особливості формування спайкового процесу, механізми виникнення рецидивів недостатньо вивчені й систематизовані, що значно зменшує ефективність лікування спайкової хвороби та попередження її ускладнень.

Мета роботи: оцінити ефективність застосування препарату групи тіопоетинів при лікуванні ГСНК у хворих при порушенні функції печінки та за їх відсутності.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Клінічні дослідження проведені на базі хірургічних відділень міської клінічної лікарні № 9 м. Одеси, які є базою кафедри загальної хірургії. Обстежені 120

пацієнтів (83 чоловіки і 37 жінок), госпіталізованих у клініку з ознаками ГСНК. Всім пацієнтам раніше виконані хірургічні втручання на органах черевної порожнини.

Після госпіталізації хворим проводили стандартні лабораторні дослідження, які включали біохімічні й функціональні проби печінки. У хворих з ознаками порушення функції печінки (цитоліз, гіперферментія) застосовували специфічні тести: FibroTest, SteatoTest [8]. На підставі аналізу результатів обстеження хворі розподілені на дві групи: 1—ша група — з порушенням функції печінки (75), 2—га група — без порушення функції печінки (45). Порушення функції печінки спричинені вірусним гепатитом В і С (у 31 хворого), алкогольним (у 29) та неалкогольним (у 15) стеатогепатитом.

Після короткочасної інтенсивної підготовки і проведення стандартних консервативних заходів всі хворі оперовані. Оперативне втручання намагалися починати з діагностичної лапароскопії, яка у 35 пацієнтів 1—ї групи і у 20 2—ї групи трансформована у лікувальну. Показаннями до лапароскопічного адгезіолізу були наявність спайок, розташованих в одній чи кількох анатомічних зонах, за відсутності вузлоутворення, спайкових конгломератів з залученням петель тонкої кишки. За наявності наведених змін, що потребувало розширеного адгезіолізу з подальшим назоінтестинальним дренажуванням, виконували конверсію у лапаротомію.

У 35 пацієнтів 1—ї групи додатково до стандартної терапії призначали препарат Глутоксим з групи тіопоединів (розчин для ін'єкцій, 10 мг глутоксиму в 1 мл розчину, ЗАТ "ФАРМА ВАР", Росія). Препарат належить до групи імуностимуляторів, хімічна назва: біс—(гама—L—глутаміл)—L—цистеїніл—біс—гліцин динатрієва сіль. Препарат вводили внутрішньом'язово 1 раз на добу по 10 мг протягом 14 діб. Додатково цим пацієнтам призначали препарат групи гепатопротекторів Есслівер форте (Nabros Pharma, Індія) після відновлення пасажу вмісту по кишечнику по 2 капсули двічі на добу протягом 1 міс, у подальшому протя-

гом 2 міс по 1 капсулі 1 раз на добу. У 15 хворих здійснений лапароскопічний адгезіолізис, у 20 — виконана лапаротомія.

Після виписування пацієнти перебували під спостереженням протягом 3 років, оцінювали частоту рецидивів спайкової хвороби після проведеного лікування. При виникненні рецидиву спайкової непрохідності кишечника хворих повторно оперували. Під час оперативного втручання оцінювали морфологічні особливості спайкового процесу в черевній порожнині: його поширення, структуру й кількість спайок.

Достовірність відмінностей показників у досліджуваних групах оцінювали з використанням точного критерію Фішера [9].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У пацієнтів без порушення функції печінки частота рецидивів спайкової хвороби після виконання лапаротомії та лапароскопії достовірно не різнилася ($P=0,6289$). При порушенні функції печінки спостерігали тенденцію до збільшення частоти рецидивів спайкової хвороби після лапаротомії у порівнянні з такою після лапароскопії (див. таблицю), проте, ці розбіжності недостовірні ($P=0,2636$). Отримані дані узгоджуються з результатами інших дослідників, які також не спостерігали вірогідних відмінностей частоти спайкової хвороби після лапаротомії та лапароскопії [10].

У подальшому порівнювали частоту рецидивів спайкової непрохідності кишечника у строки до 3 років після оперативного втручання у хворих обох груп. Після виконання лапаротомії частота рецидивів спайкової хвороби була вірогідно більшою у 1—ї групі, ніж у 2—ї ($P=0,0028$). Частота рецидивів спайкової непрохідності кишечника після лапароскопічного адгезіолізу також була вірогідно більшою у пацієнтів 1—ї групи ($P=0,0412$).

У пацієнтів 1—ї і 2—ї груп відзначено різницю морфології спайкоутворення у черевній порожнині. У 2—ї групі рецидиви спайкової хвороби виникали переважно у перший рік після лапаротомії з приводу

Частота рецидивів спайкової хвороби у пацієнтів при порушенні функції печінки

Група спостереження	Оперативний доступ	Консервативне лікування	Кількість хворих		
			загальна	з рецидивом спайкової хвороби	без рецидиву спайкової хвороби
1—ша	Лапаротомія	Стандартне	20	12	8
		Стандартне і тіопоедин	20	5* ^Δ	15
	Лапароскопія	Стандартне	20	9	11
		Стандартне і тіопоедин	15	2* ^Δ	13
2—га	Лапаротомія	Стандартне	25	4	21
	Лапароскопія	Стандартне	20	3	17
Примітка.			Різниця показників достовірна у порівнянні з такою: * — у пацієнтів, яким не призначали препарат групи тіопоединів; ^Δ — у пацієнтів без порушення функції печінки ($P < 0,05$).		

ГСНК — у 38 (84,4%) хворих, у 12 (26,7%) — спайковий процес виходив за межі анатомічної ділянки, в якій виконували оперативне втручання, і поширювався не більше ніж на одну суміжну ділянку. У 31 (68,9%) хворого рецидив ГСНК спричинений поодинокими спайками.

У 1-й групі частота рецидивів спайкової хвороби у 1-й, 2-й і 3-й рік після оперативного втручання була майже однаковою — відповідно у 15 (37,5%), 12 (30%) і 13 (32,5) хворих. Морфологія спайок також відрізнялась від такої у хворих без порушення функції печінки, переважали численні, короткі, площинні спайки. У 38 (95%) хворих спайковий процес виходив за межі анатомічної ділянки, в якій виконували оперативне втручання, і поширювався більш ніж на одну суміжну ділянку. Рецидив ГСНК, спричинений поодинокими спайками, у пацієнтів 1-ї групи не спостерігали.

Отже, супутні порушення функції печінки зумовлюють рецидив спайкової хвороби очеревини. Морфологія спайкового процесу у хворих при порушенні функції печінки може свідчити про більш виражені метаболічні розлади в тканинах очеревини, ніж у пацієнтів без порушення функції печінки. У попередніх експериментальних дослідженнях нами доведено, що за умови гепатиту пригнічується функціональна активність ядер клітин мезотелію, що уповільнює мезотелізацію травмованих ділянок очеревини. При порушенні функції печінки виникають розлади енергетичного, пластичного обміну, що також пригнічує фізіологічну й патологічну регенерацію тканини очеревини і сприяє прогресуванню захворювання. На користь цього свідчить поширення спайкового процесу за межі ділянки, в якій виконували оперативне втручання, наявність множинних спайок.

З огляду на викладене, запропоноване доповнення схеми стандартної консервативної терапії ГСНК: хворим при порушенні функції печінки додатково призначали препарат групи тіопоединів та новий гепатопротектор, який містить, крім есенціальних фосфоліпідів, вітаміни. Призначення цих препаратів сприяло достовірному зменшенню частоти рецидивів спайкової хвороби у пацієнтів, яким виконано лапароскопію, у порівнянні з такою у хворих, яким не призначали тіопоедин і гепатопротектор ($P=0,0133$). Меншою була частота рецидивів за умови застосування зазначених препаратів і у пацієнтів при порушенні функції печінки, яким виконували лапаротомію з приводу ГСНК ($P=0,0268$).

Слід зазначити, що у пацієнтів, у яких рецидив ГСНК виник і після застосування тіопоедину і гепато-

протектору, поширення спайкового процесу і кількість спайок були менші. Отже, застосування зазначених препаратів сприяло більш інтенсивній регенерації очеревини після оперативного втручання з приводу ГСНК, зменшенню тяжкості метаболічних розладів у тканинах очеревини, вірогідності виникнення рецидиву захворювання.

ВИСНОВКИ

1. У пацієнтів при порушенні функції печінки спостерігають вірогідно більшу частоту виникнення рецидивів спайкової хвороби після оперативного втручання з приводу ГСНК. Частота рецидивів спайкової хвороби не залежить від виду оперативного доступу — лапаротомії чи лапароскопії.

2. Застосування препаратів групи тіопоединів та гепатопротекторів у хворих при порушенні функції печінки під час лікування ГСНК сприяє зменшенню частоти рецидивів спайкової хвороби очеревини у строки спостереження до 3 років після оперативного втручання.

Перспективи подальших досліджень: оцінка ефективності запропонованої схеми лікування спайкової хвороби очеревини в комплексі з протиспайковими бар'єрними засобами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Профилактика спаечной болезни брюшной полости / А. А. Воробьев, А. Г. Бебуришвили, Е. Е. Писарева [и др.] // Хирургия. — 1998. — № 3. — С. 65 — 68.
2. Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study / J. J. Duron, N. J. Silva, S. T. du Montcel [et al.] // Ann. Surg. — 2006. — N 5. — P. 750 — 757.
3. Early outcomes of surgery for small bowel obstruction: analysis of risk factors / O. S. Lo, W. L. Law, H. K. Choi [et al.] // Langenbecks Arch. Surg. — 2007. — Vol. 392, N 2. — P. 173 — 178.
4. Козань І. В. Застосування протиспайкового гелю мезогель в комплексі лікування хворих при гострій непрохідності кишечника / І. В. Козань, О. З. Бойченко, Я. І. Козань // Клін. хірургія. — 2012. — № 4. — С. 21.
5. Курбонов К. М. Комплексная диагностика и хирургическое лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости / К. М. Курбонов, М. К. Гулов, И. Г. Нурназаров // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2006. — Т. 165, № 3. — С. 54 — 57.
6. Воробьев А. А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А. А. Воробьев, А. Г. Бебуришвили. — Волгоград: Издатель, 2001. — 240 с.
7. Prevention of postoperative peritoneal adhesions: a review of the literature / B. Schnuriger, G. Barmparas, B. C. Branco [et al.] // Am. J. Surg. — 2011. — N 1. — P. 111 — 121.
8. Бабак О. Я. Сывороточные биомаркеры и фибротесты в диагностике фиброза печени: недостатки и перспективы / О. Я. Бабак, Н. А. Кравченко // Сучасна гастроентерологія. — 2012. — № 3. — С. 71 — 80.
9. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. — М.: Практика, 1998. — 459 с.
10. Peritoneal changes due to laparoscopic surgery / W. J. A. Brokelman, M. Lensvelt, I. H. M. Borel Rinkes [et al.] // Surg. Endosc. — 2011. — N 1. — P. 1 — 9.